



Universidad
Norbert Wiener

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE MEDICINA HUMANA

Tesis

Calidad de llenado de historias clínicas del servicio de Medicina del Centro de
Salud Laura Caller, Lima 2024

Para optar el Título Profesional de
Médico Cirujano

Presentado por

Autora: Perez Apaico, Greith Leisdy

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2087-6056>

Asesor: Mg. Gerónimo Meza, José Luis

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9535-3674>

Lima- Perú

2026

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

Yo, Perez Apaico Greith Leisdy, egresado de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Programa Académico de **Medicina Humana** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación “Calidad de llenado de Historias clínicas del servicio de Medicina del Centro de Salud Laura Caller, Lima 2024”. Asesorado por el docente: Gerónimo Meza, José Luis, DNI 09800686 ORCID <https://orcid.org/0000-0001-9535-3674> .Tiene un índice de similitud de **17 (diecisiete) %** con código OID:14912:593996580 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
 Firma de autor 1
 Greith Leisdy Perez Apaico
 DNI: 70153425



.....
 Firma
 José Luis Gerónimo Meza
 DNI: 09800686

Lima, 08 de Junio de 2026

Dedicatoria

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por permitirme llegar a este momento tan importante. A mis padres por ser el pilar más importante de mi vida, por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional.

Agradecimiento

El principal agradecimiento a Dios quien me ha guiado y me ha dado fortaleza para seguir adelante.

A mis padres por su comprensión y estímulo constante.

INDICE

Resumen	7
Abstract.....	8
I. INTRODUCCIÓN	9
II. METODOLOGÍA	11
III. RESULTADOS	17
IV. DISCUSIÓN	25
V. CONCLUSIONES	28
VI. Referencias	29

Resumen

Objetivo: Evaluar la calidad del llenado de las historias clínicas del servicio de medicina del Centro de Salud Laura Caller, Lima, durante el año 2024. **Metodología:** Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo, de tipo básico, con diseño no experimental y nivel descriptivo. La población estuvo constituida por 369 historias clínicas registradas durante el periodo de estudio, de las cuales se seleccionó una muestra mediante muestreo probabilístico aleatorio simple. La técnica utilizada fue la auditoría documental y el instrumento correspondió a una ficha de recolección de datos basada en los criterios establecidos en la normativa del Ministerio de Salud para la gestión de historias clínicas. **Resultados:** El análisis evidenció que el 83.2% de las historias clínicas presentó un registro global deficiente, mientras que el 16.8% consignó por mejorar. Sin embargo, el 41.5% mostró omisiones en la evolución médica y el 36,2% carecía de registro completo en algunos apartados administrativos. **Conclusiones:** La calidad del llenado de las historias clínicas evidenció un cumplimiento aceptable en ciertos componentes, aunque persisten deficiencias en registros clínicos específicos, lo que sugiere la necesidad de fortalecer las estrategias de supervisión y auditoría para mejorar la calidad de la documentación médica.

Palabras clave: Historia clínica, registros médicos, calidad de la atención de salud, auditoría médica, gestión de la información en salud.

Abstract

Objective: To evaluate the quality of the completion of medical records in the internal medicine service of the Laura Caller Health Center, Lima, during 2024. **Methodology:** A quantitative, basic-type study was conducted using a non-experimental design and a descriptive level. The population consisted of 369 medical records registered during the study period, from which a sample was selected through simple probabilistic random sampling. The technique used was documentary auditing, and the instrument corresponded to a data collection form based on the criteria established in the Ministry of Health regulations for the management of medical records. **Results:** The analysis showed that 83.2% of the medical records presented a deficient overall record, while 16.8% indicated areas for improvement. However, 41.5% showed omissions in the medical progress notes and 36.2% lacked complete documentation in some administrative sections. **Conclusions:** The quality of the completion of medical records showed an acceptable level of compliance in certain components; however, deficiencies persist in specific clinical records, suggesting the need to strengthen supervision and clinical audit strategies to improve the quality of medical documentation.

Keywords: Medical records, medical records documentation, quality of health care, medical audit, health information management.

I. INTRODUCCIÓN

La historia clínica constituye uno de los documentos más importantes dentro de los sistemas de atención en salud, ya que en ella se registran de manera sistemática los datos clínicos, diagnósticos, procedimientos y decisiones terapéuticas que orientan la atención del paciente. Su correcta elaboración no solo garantiza la continuidad del cuidado médico, sino que también cumple una función fundamental en los ámbitos ético, legal y administrativo de los servicios sanitarios. Diversos estudios han señalado que la calidad del registro de la historia clínica influye directamente en la seguridad del paciente, en la toma de decisiones clínicas y en la evaluación de la calidad de los servicios de salud. En este sentido, investigaciones desarrolladas en diferentes contextos hospitalarios han evidenciado que la información incompleta o incorrectamente consignada puede generar errores diagnósticos, dificultades en la comunicación entre profesionales y limitaciones en los procesos de auditoría clínica (1–3). Asimismo, se ha demostrado que la calidad del registro de historias clínicas constituye un indicador relevante para evaluar la eficiencia del sistema sanitario, ya que permite analizar la trazabilidad de las intervenciones médicas y verificar el cumplimiento de los protocolos establecidos para la atención de los pacientes (4,5). Desde la perspectiva de la gestión sanitaria, el adecuado registro de la información clínica se ha convertido en un elemento esencial para el monitoreo de los servicios y la implementación de estrategias de mejora continua en la atención en salud (6,7). De igual manera, la literatura científica reciente ha evidenciado que las instituciones sanitarias que implementan procesos sistemáticos de auditoría clínica y capacitación del personal logran mejorar significativamente la calidad de la documentación médica, reduciendo omisiones en los registros y fortaleciendo la confiabilidad de la información contenida en las historias clínicas (8–10).

En los últimos años, el interés por evaluar la calidad del llenado de las historias clínicas ha aumentado considerablemente debido a su impacto en la seguridad del paciente, en la gestión hospitalaria y en la evaluación de la calidad de la atención en salud. Diversos estudios realizados en instituciones sanitarias de América Latina han evidenciado que, a pesar de la existencia de normativas y protocolos institucionales, persisten deficiencias en el registro de información clínica, tales como omisión de datos, inconsistencias en la documentación y registros incompletos de los procedimientos realizados (11–13). En el contexto peruano, el Ministerio de Salud ha establecido lineamientos técnicos para la gestión adecuada de las historias clínicas mediante normativas que regulan su elaboración, conservación y auditoría, con el propósito de garantizar la calidad de la información clínica y asegurar su valor como documento médico legal (14,15). Sin embargo, diversos estudios desarrollados en hospitales y centros de salud del país han identificado brechas en el cumplimiento de estas disposiciones, evidenciando la necesidad de fortalecer los procesos de supervisión y evaluación del registro clínico en los servicios de salud (16–18). A nivel internacional, investigaciones recientes han señalado que la implementación de sistemas de historia clínica electrónica y programas de auditoría médica contribuyen significativamente a mejorar la calidad del registro clínico, optimizando la disponibilidad de información para la toma de decisiones y el análisis epidemiológico de los servicios de salud (19–21). En este contexto, resulta necesario analizar la calidad del llenado de las historias clínicas en los establecimientos de salud, con el propósito de identificar posibles deficiencias en el registro de la información y contribuir al fortalecimiento de la calidad de la atención médica. Por ello, el presente estudio tiene como objetivo evaluar la calidad del llenado de las historias clínicas del servicio de medicina del Centro de Salud Laura Caller, Lima 2024.

II. METODOLOGÍA

2.1.Método de la investigación

Estudio de tipo deductivo.

2.2.Enfoque de la investigación

Estudio de tipo Cuantitativo, porque se utilizó un tamaño de muestra estadísticamente representativa, asimismo, se trabajó con la ficha de auditoría, la cual, posee criterios medibles, por tanto, permitió plasmar los resultados a través de porcentajes.

2.3.Tipo de investigación

Investigación de tipo descriptiva, porque el objeto del estudio no es demostrar relación, solo se buscó caracterizar la calidad de llenado de las Historias clínicas evaluadas.

Retrospectiva: Porque se hizo una evaluación de historias clínicas ya registradas desde el mes de Julio a diciembre del año 2024.

De corte transversal, porque se recolecto los datos en un solo período de tiempo definido y una vez aprobado el proyecto de tesis.

2.4.Diseño de la investigación

Estudio de diseño no experimental, ya que no hubo manipulación de la variable estudiada, solo se describió y caracterizó la calidad de llenado de las Historias clínicas evaluadas.

2.4.1. Corte: Transversal, ya que se realizó la evaluación de cada Historia clínica en un solo período de tiempo.

2.4.2. Nivel o alcance: Descriptivo.

2.5.Población, muestra y muestreo

La población de estudio corresponde al total de las Historias clínicas de consulta externa del servicio de medicina registradas durante el periodo de Julio a Diciembre del año 2024 del C.S. Laura Caller; los cuáles fueron 9 mil aproximadamente.

Criterios de inclusión:

- Historias clínicas pertenecientes al periodo Julio a Diciembre del año 2024 con el registro de la atención médica en consulta externa del C.S. Laura Caller.

Criterios de exclusión:

- Historias clínicas que durante la recolección de datos no se encontraron en el área de archivo.
- Historias clínicas deterioradas e inubicables.

Para el cálculo de la muestra, se utilizó la fórmula y fue calculado a través de un muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple, con un nivel de confianza de 95%, proporción esperada de 60% y error absoluto de 5%.

El tamaño de muestra estuvo conformado por 369 de entre 9 000 Historias clínicas aproximadamente.

2.6. Variables y operacionalización

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa
Calidad de llenado de Historias clínicas	Es la verificación de los registros de las atenciones de salud brindadas y en los formatos que forman parte de la Historia clínica.	Se evalúa cada historia clínica con la Ficha de recolección de datos y se basa en la Ficha de Auditoría de la Calidad de Atención de consulta externa propuesta por el Ministerio de Salud (MINSA), diseñada, validada y aprobada por el Ministerio de Salud del Perú.	Filiación	Registro completo de datos de identificación del paciente (nombre, edad, sexo, número de historia clínica, dirección).	Ordinal.	Satisfactorio: mayor o igual al 90%. - Por mejorar: 75 a 89%. - Deficiente: menos del 75%-
			Anamnesis	Registro del motivo de consulta, antecedentes personales y familiares, enfermedad actual y evolución clínica.		
			Examen clínico y diagnóstico	Registro de signos vitales, examen físico, diagnóstico presuntivo o definitivo consignado por el profesional de salud.		
			Plan de trabajo y tratamiento	Registro de exámenes auxiliares solicitados, indicaciones médicas y tratamiento prescrito.		
			Atributos formales de la historia clínica	Legibilidad del registro, firma y sello del profesional, fecha y hora de atención, ausencia de tachaduras o enmendaduras.		

2.7. Técnica e instrumento de recolección de datos

2.7.1. Técnica

En el presente estudio se utilizó la técnica de la observación, y el instrumento utilizado fue una ficha de recolección de datos tipo lista.

2.7.2. Descripción de instrumento

Se utilizó el instrumento de recolección de datos, el cual se denomina Ficha de recolección de datos y se basa en la Ficha de Auditoría de la Calidad de Atención de consulta externa propuesta por el Ministerio de Salud (MINSA), diseñada, validada y aprobada por el Ministerio de Salud del Perú, la cual se encuentra incluida dentro

de NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA, con Resolución Ministerial N°502-2016/MINSA, que aprueba la “Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud”, la cual reglamenta cada procedimiento registrado en la Historia Clínica, por ello, tiene el propósito de optimizar la atención dada hacia los pacientes, a través de, un adecuado control, cuidado y eliminación de las Historias Clínicas, asimismo, resguarda los intereses legales del usuario atendido, del profesional y de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS).(14)

Esta ficha consta de dos partes: (Ver Anexo 3)

La primera sobre datos generales, y la segunda se relaciona con las observaciones que el investigador obtiene de la historia clínica en base a siete ítems:

1. Filiación (consta de 16 subítems, valor subtotal:4).
2. Anamnesis (consta de 6 subítems, valor subtotal: 9).
3. Examen clínico (consta de 5 subítems, valor subtotal: 9).
4. Diagnósticos (consta de 3 subítems, valor subtotal: 20).
5. Plan de trabajo (consta de 6 subítems, valor subtotal: 24)
6. Tratamiento (consta de 7 subítems, valor subtotal: 17).
7. Atributos de la Historia clínica (consta de 5 subítems, valor subtotal: 7).

El puntaje esperado según la ficha de evaluación, de acuerdo a la normativa Minsa, es calificado como:(14)

- Satisfactorio: igual o mayor a 90%.
- Por mejorar: entre 75 a 89%.

- Deficiente: menor del 75%,

Esta Ficha de Auditoría de la Calidad de Atención dada por el MINSA, al ser un documento (Norma Técnica) propuesto a nivel nacional, es considerado un instrumento validado por consenso de expertos y de aplicación práctica.(14,15)

2.7.3. Validación y confiabilidad

Esta Ficha de Auditoría de la Calidad de Atención dada por el MINSA, al ser un documento (Norma Técnica) propuesto a nivel nacional, es considerado un instrumento validado por consenso de expertos y de aplicación práctica.(14)

2.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

La realización del presente estudio se inició a partir de la aprobación del proyecto de investigación por Comité de ética de la Universidad Norbert Wiener, posterior a ello se elaboró una carta de solicitud dirigida a DIRIS Lima Norte, solicitando la autorización para poder llevar a cabo el proyecto de investigación en la sede de estudio correspondiente.

Luego de recibida la autorización de la sede de estudio, se llevó a cabo visitas de coordinación inicial con fines de programar fechas e identificar el tiempo más factible para realizar la evaluación de las Historias clínicas, asimismo, se coordinó con el personal administrativo encargado del área de archivos para poder tener acceso a cada Historia clínica.

Una vez organizado todo, se cumplió con el calendario establecido, para lo cual previamente se implementó los materiales necesarios para ejecutar el estudio. El instrumento aplicado demandó aproximadamente 30 minutos.

Luego de la evaluación y recojo de datos, se llevó a cabo la tabulación de los mismos, a través del uso del programa Excel, los datos analizados son presentados en tablas y/o gráficos, haciendo uso para ello de paquetes estadísticos del Excel.

2.9.Aspectos éticos

El presente estudio respetó los principios de la ética:

Beneficencia: Al realizar la investigación se busca realizar cambios buenos que favorezca a la mejora de la calidad de atención de los servicios de consulta externa ofrecidos a los usuarios.

No maleficencia: Ya que no se busca perjudicar al usuario, ni hacerle un daño físico, mental, social.

Justicia: Será realizado con fines únicamente de investigación.

III. RESULTADOS

3.1 Análisis descriptivo

Tabla 1 *Calidad global de llenado de historias clínicas del servicio de consulta externa de medicina del Centro de Salud Laura Caller, Lima 2024 (n = 369)*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Deficiente	307	83.2
Por mejorar	62	16.8
Satisfactorio	0	0.0
Total	369	100.0

Al observar el comportamiento global del registro clínico, se evidenció que la mayor parte de las historias clínicas evaluadas se ubican en la categoría deficiente, representando el 83.2% del total. Solo 16.8% de los registros alcanzaron el nivel por mejorar, mientras que ninguno logró un nivel satisfactorio. Este resultado sugiere que, en términos generales, el llenado de las historias clínicas presenta debilidades importantes en el cumplimiento de los criterios establecidos para un registro clínico adecuado. Dichas limitaciones pueden afectar la continuidad del proceso asistencial, la claridad del seguimiento médico y la correcta documentación de la atención brindada.

Tabla 2 *Calidad del registro de filiación en historias clínicas*

Nivel de calidad	Frecuencia	Porcentaje
Deficiente	362	98.1%
Por mejorar	7	1.9%
Satisfactorio	0	0%
Total	369	100%

En relación con el registro de los datos de filiación del paciente, se observó una situación particularmente crítica. La gran mayoría de las historias clínicas evaluadas, 98.1%, presentan un nivel de calidad deficiente, lo que indica que los datos de identificación del paciente no se registran de manera completa o adecuada en la mayor parte de los casos. Solo un 1.9% de los registros alcanzó la categoría por mejorar, y ninguno logró un nivel satisfactorio. Este hallazgo revela debilidades importantes en el registro inicial de información administrativa y demográfica del paciente, elemento que resulta fundamental para garantizar la identificación correcta del usuario dentro del sistema de salud.

Tabla 3 *Calidad del registro de anamnesis en historias clínicas (n=369)*

Nivel de calidad	Frecuencia	Porcentaje
Deficiente	313	84.8%
Por mejorar	56	15.2%
Satisfactorio	0	0%
Total	369	100%

El análisis del registro de la anamnesis muestra que 84.8% de las historias clínicas presentan una calidad deficiente, lo que evidencia que la información clínica inicial del paciente no se consigna de manera completa en una proporción considerable de los expedientes evaluados. Solo 15.2% de los registros alcanzaron la categoría por mejorar. Este resultado sugiere que elementos esenciales de la anamnesis, como el motivo de consulta, el tiempo de enfermedad o los antecedentes clínicos, no siempre se documentan con el nivel de detalle requerido para sustentar adecuadamente la evaluación médica.

Tabla 4 *Calidad del registro del examen clínico en historias clínicas*

Nivel de calidad	Frecuencia	Porcentaje
Deficiente	302	81.8%
Por mejorar	67	18.2%
Satisfactorio	0	0%
Total	369	100%

Respecto al registro del examen clínico, los resultados muestran que 81.8% de las historias clínicas presentan un nivel de calidad deficiente, mientras que 18.2% alcanzan la categoría por mejorar. Estos hallazgos reflejan que la consignación de los hallazgos del examen físico no siempre se registra de manera sistemática o completa. Aunque esta dimensión muestra un comportamiento ligeramente mejor que filiación y anamnesis, aún se observa una proporción considerable de registros insuficientes.

Tabla 5 *Calidad del registro de diagnósticos en historias clínicas*

Nivel de calidad	Frecuencia	Porcentaje
Deficiente	226	61.2%
Por mejorar	143	38.8%
Satisfactorio	0	0%
Total	369	100%

En cuanto al registro de diagnósticos médicos, se observó una situación relativamente menos desfavorable en comparación con otras dimensiones. El 61.2% de las historias clínicas presenta calidad deficiente, mientras que el 38.8% se clasifica en la categoría por mejorar. Aunque estos resultados reflejan una ligera mejora en la consignación de diagnósticos, aún existe una proporción considerable de registros que no cumplen completamente con los criterios de documentación clínica establecidos.

Tabla 6 *Calidad del registro del plan de trabajo en historias clínicas*

Nivel de calidad	Frecuencia	Porcentaje
Deficiente	325	88.1%
Por mejorar	44	11.9%
Satisfactorio	0	0%
Total	369	100%

El análisis del registro del plan de trabajo evidenció que 88.1% de las historias clínicas presentan calidad deficiente, mientras que solo 11.9% alcanza la categoría por mejorar. Este resultado refleja deficiencias importantes en la documentación de indicaciones médicas, solicitudes de exámenes complementarios, interconsultas o conductas terapéuticas. La ausencia o registro incompleto de estos elementos puede afectar la continuidad de la atención y el seguimiento clínico del paciente.

Tabla 7 *Calidad del registro del tratamiento en historias clínicas*

Nivel de calidad	Frecuencia	Porcentaje
Deficiente	275	74.5%
Por mejorar	94	25.5%
Satisfactorio	0	0%
Total	369	100%

El registro del tratamiento muestra que 74.5% de las historias clínicas presentan calidad deficiente, mientras que 25.5% se ubican en la categoría por mejorar. Este hallazgo evidencia que la documentación del manejo terapéutico del paciente, incluyendo indicación de medicamentos, dosis o duración del tratamiento, no siempre se consigna con la precisión requerida. Desde el punto de vista clínico y médico-legal, esta dimensión resulta particularmente relevante, ya que el tratamiento constituye uno de los elementos centrales de la atención médica.

Tabla 8 *Calidad de los atributos formales del registro clínico*

Nivel de calidad	Frecuencia	Porcentaje
Deficiente	185	50.1%
Por mejorar	184	49.9%
Satisfactorio	0	0%
Total	369	100%

Al evaluar los atributos formales del registro clínico, se observó una distribución prácticamente equilibrada entre las categorías deficiente y por mejorar. El 50.1% de las historias clínicas presenta calidad deficiente, mientras que 49.9% se clasifica como por mejorar. Este resultado indica que aspectos como la legibilidad del registro, el uso adecuado de abreviaturas, la presencia de firma y sello del profesional de salud presentan una situación relativamente menos crítica en comparación con otras dimensiones analizadas, aunque todavía no alcanzan niveles óptimos de cumplimiento.

IV. DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio evidenciaron que la calidad global del llenado de las historias clínicas se concentró principalmente en el nivel deficiente (83.2%), mientras que una proporción menor se ubicó en la categoría por mejorar (16.8%), sin registrarse expedientes con calidad satisfactoria. Este comportamiento guarda similitud con lo reportado por Vera (2021), quien encontró que cerca del 95% de las historias clínicas presentaban problemas de calidad, evidenciando dificultades en el registro adecuado de la información clínica. De manera similar, Cuccato (2020) también identificó puntajes inferiores a los estándares esperados en distintas áreas hospitalarias, lo que refleja debilidades en la documentación clínica. En conjunto, estos hallazgos sugieren que el registro de la información asistencial continúa siendo una práctica vulnerable dentro de los servicios de salud, posiblemente asociada a sobrecarga laboral, escaso control de auditoría clínica o limitada capacitación en el adecuado uso del expediente clínico.

En relación con el registro de los datos de filiación y la anamnesis, los resultados mostraron una proporción elevada de registros deficientes, especialmente en la dimensión de filiación, donde prácticamente la totalidad de las historias clínicas presentó algún grado de incompletitud. Este hallazgo coincide con lo reportado por Alcocer (2018), quien identificó deficiencias en el registro de antecedentes y datos personales del paciente dentro de las historias clínicas evaluadas en consulta externa. Asimismo, Vera (2021) señaló que la sección de filiación fue una de las áreas con menor puntaje acumulado en la auditoría de historias clínicas. Estas coincidencias permiten inferir que el registro inicial de la información del paciente suele ser uno de los aspectos más descuidados en la práctica clínica, a pesar de que

constituye un componente fundamental para la correcta identificación del usuario y para la continuidad de la atención médica.

En cuanto al registro del examen clínico y de los diagnósticos consignados, los resultados evidenciaron que la mayoría de las historias clínicas se ubicó en el nivel deficiente, aunque se observó una ligera mejora respecto a las dimensiones previamente analizadas. Estos resultados guardan cierta correspondencia con los hallazgos de Hoyos (2022), quien reportó que más de la mitad de las historias clínicas evaluadas se clasificaban en la categoría por mejorar, evidenciando inconsistencias en el registro de la evaluación médica. Del mismo modo, Alcocer (2018) identificó que algunos componentes del juicio clínico y diagnóstico presentaban mejores niveles de cumplimiento en comparación con otros apartados de la historia clínica. Este patrón sugiere que, aunque el proceso diagnóstico suele registrarse con mayor cuidado, todavía persisten limitaciones en la descripción completa del examen físico y en la coherencia entre la evaluación clínica y el diagnóstico final.

Respecto al registro del plan de trabajo y del tratamiento indicado, los resultados mostraron nuevamente una predominancia de niveles deficientes, lo que revela debilidades importantes en la documentación de las decisiones terapéuticas. Estos hallazgos son consistentes con lo señalado por Cadena (2021), quien reportó que una proporción considerable de historias clínicas presentaba registros incompletos o incorrectos relacionados con la conducta médica adoptada. De manera similar, Cuccato (2020) evidenció que los registros clínicos no alcanzaban los estándares de calidad establecidos, lo cual incluía deficiencias en la consignación de indicaciones y manejo terapéutico. Desde una perspectiva clínica, la ausencia o el registro incompleto del plan terapéutico puede comprometer la continuidad de

la atención, dificultar el seguimiento del paciente y generar implicancias médico-legales en situaciones de auditoría o revisión del acto médico.

Finalmente, en lo que respecta a los atributos formales del registro clínico, los resultados mostraron una distribución prácticamente equilibrada entre los niveles deficiente y por mejorar. Aunque esta dimensión presentó un comportamiento relativamente menos desfavorable que otras áreas del registro clínico, aún se evidencian limitaciones relacionadas con aspectos como la legibilidad del registro, la presencia de firma y sello del profesional responsable o el uso adecuado de abreviaturas. Estos resultados contrastan parcialmente con lo reportado por Alvarado (2019), quien encontró un 100% de cumplimiento satisfactorio en el registro clínico dentro del establecimiento evaluado. Las diferencias podrían explicarse por variaciones en la supervisión institucional, el nivel de control interno o la cultura organizacional respecto al registro de la información clínica. En cualquier caso, los atributos formales continúan siendo un componente esencial para garantizar la validez documental y legal de la historia clínica.

V. CONCLUSIONES

Primero, se concluye que la calidad global del llenado de las historias clínicas del servicio de consulta externa de medicina del Centro de Salud Laura Caller se caracteriza predominantemente por niveles deficientes, lo que evidencia limitaciones importantes en el cumplimiento integral de los criterios establecidos para el registro adecuado de la información clínica.

Segundo, se determinó que el registro de los datos de filiación y de la anamnesis presenta deficiencias relevantes, observándose omisiones frecuentes en la identificación del paciente y en la descripción inicial del cuadro clínico, lo que limita la adecuada reconstrucción del proceso asistencial desde el primer contacto médico.

Tercero, se concluye que el registro del examen clínico y de los diagnósticos consignados en las historias clínicas muestra inconsistencias que reflejan dificultades en la documentación completa de la evaluación médica, lo que podría afectar la coherencia entre la valoración clínica realizada y el diagnóstico finalmente registrado.

Cuarto, se determinó que el registro del plan de trabajo y del tratamiento indicado presenta debilidades significativas en su documentación, evidenciándose omisiones en la consignación de indicaciones terapéuticas y conductas médicas, lo que puede dificultar el seguimiento clínico y la continuidad de la atención del paciente.

Quinto, se concluye que los atributos formales del registro clínico, aunque muestran un comportamiento relativamente menos desfavorable en comparación con otras dimensiones evaluadas, aún presentan limitaciones relacionadas con la legibilidad del registro, la presencia de firma y sello profesional y la correcta presentación del documento clínico.

VI. Referencias

1. Alvarado-Díaz MB, Llaque-Sánchez MR, Chian-García AM, Rodríguez-Díaz DR, Urquiaga-Casós SP, Marino-Aguilar SM. Calidad del registro de las historias clínicas del servicio de hospitalización del Centro de Salud Materno Infantil El Bosque. Trujillo, Perú. 2019. UCV Sci Bioméd. 2021;4(1):15-22. doi:10.18050/ucvscientiabiomedica.v4i1.02
2. Loyola GR. La historia clínica: una mirada desde la bioética. Gac Méd Caracas. 2021;129(3):707-716. doi:10.47307/GMC.2021.129.3.18
3. Hernández Espino R, Mercado Marrufo C. La calidad de registro de las historias clínicas odontológicas de un centro de salud de la ciudad de Ica, Perú. Rev Estomatol Herediana. 2023;33(3):199-206. doi:10.20453/reh.v33i3.4938
4. Vera Flores SM. Calidad en registro de historias clínicas de consulta externa de especialidades médicas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2019 [tesis de grado en Internet]. Universidad Privada de Tacna; 2021. Disponible en: <http://repositorio.upt.edu.pe/handle/20.500.12969/1844>
5. López Cano LM, Yepes Delgado CE. Calidad del registro de la historia clínica: autocrítica desde los médicos internistas. Rev Fac Nac Salud Pública. 2023;41(2):e350725. doi:10.17533/udea.rfnsp.e350725
6. Acosta de Duarte DE, Vera de Valdez LR. Evaluación de la calidad del registro de las historias clínica. Academic Disclosure. 2022;5(1):54-66. Disponible en: <https://revistascientificas.una.py/index.php/rfenob/article/view/3080>
7. Hoyos Pérez JL. Calidad de registro de la historia clínica en el servicio de cirugía de un Hospital de Cajamarca, 2022 [tesis de grado en Internet]. Universidad César Vallejo; 2022. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/108410>

8. Polo Andrade S. Auditoría médica del expediente clínico del servicio de consulta externa en un Hospital de tercer nivel de atención. *Cienc Lat Rev Cient Multidiscip.* 2023;7(2):7521-7245. doi:10.37811/cl_rcm.v7i2.5879
9. Mulissa Z, Wendrad N, Bitewulign B, Biadgo A, Abate M, Alemu H, et al. Effect of data quality improvement intervention on health management information system data accuracy: an interrupted time series analysis. *PLoS One.* 2020;15(8):e0237703. doi:10.1371/journal.pone.0237703
10. Yarinsueca J, Ronceros G, Pérez-Acuña K, Gutiérrez EL. Programa de intervención para mejorar la calidad de historias clínicas realizadas por internos de medicina de un hospital público de Lima, Perú. *FEM.* 2022;25(1):47-48. doi:10.33588/fem.251.1169
11. Ratra D. Commentary: Internal audit for assessment and improvement of quality of medical records. *Indian J Ophthalmol.* 2022;70(8):2966. doi:10.4103/ijo.IJO_1140_22
12. Gkiala A. Assessing the Correct Documentation of Time and Physician Information on Medical Records in the Emergency Department of Queen's Hospital: an Audit and Re-audit. *Cureus.* 2022;14(12):e33000. doi:10.7759/cureus.33000
13. Mondal R, Sinha SK, et al. Assessment of the Quality of Medical Record Documentation using the CRABEL Score Method in a Tertiary Care Hospital in Eastern India. *J Pharm Bioallied Sci.* 2024;16(4):137-142. doi:10.4103/jpbs.jpbs_857_24
14. Nguyen OT, Kunta AR, Katoju SV, et al. Electronic Health Record Nudges and Health Care Quality and Outcomes in Primary Care: a Systematic Review. *JAMA Netw Open.* 2024;7(9):e2432760. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.32760
15. García M, Rodríguez I, Cabrera C. Historia clínica digital. Aplicación de las tecnologías de la información y la comunicación en la gestión clínica y los procesos de citación.

FMC Form Med Contin Aten Prim. 2022;29(3):3-9. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134207222000780>

16. Gutiérrez Samaniego UM. Implementación de historia clínica electrónica en la mejora de la calidad de atención del servicio de odontología del Hospital Hermilio Valdizán Lima – Perú [tesis de maestría en Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2021. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12672/17472>
17. Tomalá Ruiz RD. Calidad del registro de la historia clínica prenatal en la consulta externa de un centro de salud en Daule, 2022 [tesis de maestría en Internet]. Universidad César Vallejo; 2022. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/108636>
18. Guerrero Zapata JL. Calidad del registro de historia clínica en consultorios externos, del Establecimiento de Salud La Unión, Piura, 2020 [tesis de maestría en Internet]. Universidad César Vallejo; 2020. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/49657>
19. Horna Reategui TJ. Calidad del registro de las historias clínicas de afiliados al Seguro Integral de Salud y su repercusión financiera Hospital II-2 Tarapoto 2020 [tesis de maestría en Internet]. Universidad de San Martín de Porres; 2021. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/USMP_f6a41a833af45c26d75110b076c58faa
20. Paredes Calderón MS. Calidad de registro de historia clínica electrónica y gestión de consulta externa de un hospital nivel II. Lima-Perú 2017-2020 [tesis de maestría en Internet]. Universidad César Vallejo; 2022. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/95938>
21. Godiño Cosser NG. Factores relacionados a la calidad del registro de las historias clínicas en consulta externa de un hospital del Norte peruano [tesis de grado en Internet].

- Universidad César Vallejo; 2024. Disponible en:
<https://hdl.handle.net/20.500.12692/144345>
22. Camacho Narro C. Satisfacción laboral del prestador médico y calidad de la historia clínica informatizada de un hospital de Trujillo, 2024 [tesis de maestría en Internet]. Universidad César Vallejo; 2025. Disponible en:
<https://hdl.handle.net/20.500.12692/160145>
23. Romero Perez EA. Gestión de historias clínicas electrónicas y calidad de atención en la Red Asistencial Tarapoto - 2024 [tesis de maestría en Internet]. Universidad César Vallejo; 2025. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/161117>
24. Muñante Nima NC. Calidad del registro y resistencia al uso de la historia clínica electrónica en enfermeras del hospital Edgardo Rebagliati, 2024 [tesis de maestría en Internet]. Universidad Norbert Wiener; 2024. Disponible en:
<https://repositorio.uwiener.edu.pe/entities/publication/3d985b91-7f46-44d4-9e4b-a9d03a1706ac>
25. Garcia Valverde MA. Competencias profesionales y la calidad del registro de la historia clínica en un centro de salud mental comunitario, Lima Norte, 2024 [tesis de grado en Internet]. Universidad César Vallejo; 2024. Disponible en:
https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCVV_931b4d945d127511cf1893925d7f32a3
26. Rivera Huaman YL. Gestión del tiempo y calidad de llenado de la historia clínica del personal de salud en el servicio de Emergencia del C.S. Pedro Sánchez Meza Chupaca [tesis en Internet]. 2024. Disponible en:
https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/RUNH_6d66003e7cef6ac19ad8e6e96203c61b

27. Herrera Auccasi J. Auditoría de historias clínicas UCI neonatal del Hospital Regional de Ica, enero junio 2018 [tesis de maestría en Internet]. Universidad Nacional San Luis Gonzaga; 2024. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNIC_fd56877154031cbd2be76f19aad81ea4
28. Grajeda Ancca PF, Nieto Muriel MA. Auditoría de registro de historias clínicas en pacientes fallecidos en el Hospital Lorena, Cusco-2017 [tesis en Internet]. Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco; 2020. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12918/5299>
29. Espejo Polo RS. La gestión de información y percepción del uso de la historia clínica en un centro de salud de Lima, 2025 [tesis en Internet]. Universidad César Vallejo; 2025. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCVV_f59da3cffd7746206ed408519913e1bc
30. Ministerio de Salud del Perú. Resolución Ministerial N.º 080-2022-MINSA: Aprobar el Documento Técnico: El Sistema de información de historias clínicas electrónicas SIHCE del MINSA [Internet]. Lima: MINSA; 2022. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/colecciones/85428-sistemas-de-informacion-para-la-salud>
31. Ministerio de Salud del Perú. Resolución Ministerial N.º 164-2025-MINSA: Directiva Administrativa que establece el proceso de acreditación de los Sistemas de Información de Historias Clínicas Electrónicas [Internet]. Lima: MINSA; 2025. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/6551375-164-2025-minsa>

32. Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja. Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud del INSNSB 2025 [Internet]. Lima: INSNSB; 2025. Disponible en: https://portal.insnsb.gob.pe/PubliWeb/adjuntos/resoluciones/d3c75d6d_PLAN_ANUAL_DE_AUDITORIA_DE_LA_CALIDAD_DE_ATENCI%C3%93N_EN_SALUD_2025_V2_090124.pdf
33. Bayisa G, Gonfaa L, Badasa K, Dugasa N, Abebe M, Deressa H, et al. Improving medical record completeness at Wallaga University Referral Hospital: a multidimensional quality improvement project. *BMJ Open Qual.* 2024;13(1):e002665. doi:10.1136/bmjopen-2023-002665
34. Vanderhout S, Taneja S, Heidebrecht CL, Nie JX, Seuren L, Giri R, et al. Impacts on quality of care following electronic health record implementation within a large Canadian community hospital: a qualitative study. *BMJ Open.* 2025;15(4):e097646. doi:10.1136/bmjopen-2024-097646
35. Wahyuni ED, Nursalam, Dewi YS, Arifin H, Benjamin LS. Electronic nursing documentation for patient safety, quality of nursing care, and documentation: a systematic review. *J Pak Med Assoc.* 2024;74(9):1669-1677. doi:10.47391/JPMA.9996

Anexos 1 - Matriz de consistencia

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variable	Diseño metodológico
Problema General - ¿Cuál es la calidad de llenado de Historias clínicas del servicio de medicina en el C.S. Laura Caller, Lima 2024?	Objetivo general Evaluar la calidad de llenado de historias clínicas del servicio de medicina en el C.S. Laura Caller, Lima 2024.	No corresponde	Variable: Calidad de llenado Dimensiones 1. Filiación 2. Anamnesis 3. Examen clínico 4. Diagnósticos 5. Plan de trabajo 6. Tratamiento 7. Atributos de la historia clínica.	Tipo de investigación: De enfoque cuantitativo. Método y diseño de la investigación: Es un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal y retrospectivo. Población muestra: Todas las Historias clínicas de consulta externa del servicio de medicina registradas durante el periodo de Julio a Diciembre del año 2024 del C.S. Laura Caller; los cuáles son en promedio 369.
Problemas específicos 1. ¿Cuál es la calidad del registro de los datos de filiación y anamnesis en las Historias clínicas del servicio de medicina en el C.S. Laura Caller, Lima 2024? 2. ¿Cuál es la calidad del registro del examen clínico y de los diagnósticos consignados en las Historias clínicas del servicio de medicina en el C.S. Laura Caller, Lima 2024? 3. ¿Cuál es la calidad del registro del plan de trabajo y del tratamiento consignado en las Historias clínicas del servicio de medicina en el C.S. Laura Caller, Lima 2024? 4. ¿Cuál es la calidad de los atributos formales del registro clínico en las Historias clínicas del servicio de medicina en el C.S. Laura Caller, Lima 2024?	Objetivos específicos 1. Determinar la calidad del registro de los datos de filiación y anamnesis en las Historias clínicas del servicio de medicina en el C.S. Laura Caller, Lima 2024. 2. Evaluar la calidad del registro del examen clínico y de los diagnósticos consignados en las Historias clínicas del servicio de medicina en el C.S. Laura Caller, Lima 2024. 3. Analizar la calidad del registro del plan de trabajo y del tratamiento consignado en las Historias clínicas del servicio de medicina en el C.S. Laura Caller, Lima 2024. 4. Determinar la calidad de los atributos formales del registro clínico en las Historias clínicas del servicio de medicina en el C.S. Laura Caller, Lima 2024.			

Anexos 2 Instrumento

ANEXO N° 5					
FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTO EN CONSULTA EXTERNA					
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA					
MIEMBROS DEL COMITÉ					
NUMERO DE AUDITORÍA					
FECHA DE AUDITORÍA					
SERVICIO AUDITADO					
ASUNTO					
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA					
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA					
CODIFICACIÓN DEL PERSONAL TRATANTE					
DIAGNÓSTICO DEL ALTA					
CIE 10					
II) OBSERVACIONES					
FILIACIÓN	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Número de historia clínica	0.25			0	
Nombres y apellidos del paciente	0.25			0	
Tipo y número de Seguro	0.25			0	NA
Lugar y fecha de nacimiento	0.25			0	
Edad	0.25			0	
Sexo	0.25			0	
Domicilio actual	0.25			0	
Lugar de Procedencia	0.25			0	
Documento de identificación	0.25			0	
Estado Civil	0.25			0	
Grado de instrucción	0.25			0	
Ocupación	0.25			0	
Religión	0.25			0	
Teléfono	0.25			0	
Acompañante	0.25			0	
Domicilio y/o teléfono de la persona responsable	0.25			0	
SUBTOTAL	4				
ANAMNESIS	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Fecha y hora de atención	1	0.5		0	
Motivo de la consulta	1			0	
Tiempo de enfermedad	1			0	
Relato cronológico	3	1.5		0	
Funciones Biológicas	1	0.5		0	
Antecedentes	2	1		0	
SUBTOTAL	9				
EXAMEN CLÍNICO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Examen Clínico General					
Funciones vitales T°, FR, FC, PA.	2	0.5		0	
Peso, Talla	1	0.5		0	
Estado general, estado de hidratación, estado de nutrición, estado de conciencia, piel y anexos.	2	1		0	
Examen Clínico Regional	4	2		0	
SUBTOTAL	9				

Fuente: Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en salud.

DIAGNÓSTICOS	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
a) Presuntivo coherente	8	4		0	NA
b) Definitivo coherente	8	4		0	NA
c) Uso del CIE 10	4			0	
SUBTOTAL	20				
PLAN DE TRABAJO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Exámenes de Patología Clínica pertinentes	5	1	2	0	NA
Exámenes de Diagnóstico por Imágenes pertinentes	5	1	2	0	NA
Interconsultas (a otros servicios dentro del establecimiento de salud pertinentes)	4	1	2	0	NA
Referencias a otros establecimientos de salud.	4				NA
Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos pertinentes.	4	1	2	0	NA
Fecha de próxima cita.	2			0	NA
SUBTOTAL	24				
TRATAMIENTO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Régimen higiénico-dietético y medidas generales concordantes y coherentes.	4	2		0	NA
Nombre de medicamentos coherentes y concordante con Denominación Común Internacional (DCI)	4	2		0	NA
Consigna presentación	2			0	NA
Dosis del medicamento	2			0	NA
Vía de administración	2			0	NA
Frecuencia del medicamento	2			0	NA
Duración del tratamiento	1	0.5		0	NA
SUBTOTAL	17				
ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA					
Se cuenta con Formatos de Atención Integral por etapas de vida (Primer Nivel de Atención)	2	1		0	NA
Pulcritud	1			0	
Letra legible	1			0	
No uso de abreviaturas	1			0	
Sello y firma del médico tratante	2	1		0	
SUBTOTAL	7				
SEGUIMIENTO DE LA EVOLUCIÓN	10	5		0	NA
TOTAL	100				
CALIFICACIÓN SEGÚN PUNTUACIÓN					
SATISFACTORIO	IGUAL O MAYOR 90%				
POR MEJORAR	ENTRE 75 A 89 %				
DEFICIENTE	MENOS 75%				
III.- NO CONFORMIDADES					
IV.- CONCLUSIONES					
V.- RECOMENDACIONES					

Fuente: Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en salud.

INSTRUCTIVO DEL ANEXO N° 5	
INSTRUCTIVO DEL FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTO EN CONSULTA EXTERNA	
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA	
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA	Nombres completos de los auditores
NÚMERO DE AUDITORÍA	Número de auditoría realizada
FECHA DE AUDITORÍA	Fecha en que se realiza la auditoría
SERVICIO AUDITADO	Servicio seleccionado para realizar la auditoría
ASUNTO	Tema sobre el cual se audita (Atención emergencia con observación del Tópico de Medicina, Tópico de Cirugía, etc.)
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA	Fecha de la atención.
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	Colocar el número de la historia clínica.
CODIFICACIÓN DEL PERSONAL TRATANTE	Registro de matrícula del Colegio profesional.
DIAGNÓSTICO DEL ALTA	Diagnóstico presuntivo y/o definitivo que figura en la Historia Clínica
CIE 10	
AUDITORÍA POR DIAGNÓSTICO	Se selecciona la última consulta correspondiente al diagnóstico definitivo a auditar, si esta es una consulta de seguimiento para estudio diagnóstico o control se evaluará la información de la primera consulta correspondiente al episodio actual de dicho diagnóstico, a la cual se aplicará la ficha de consulta externa. Para la evaluación del ítem seguimiento y control de la evolución este se aplicará a las consultas posteriores a la primera consulta del episodio actual (en caso de ser un paciente crónico en el cual la primera consulta es de un periodo largo se aplicará el seguimiento a las 10 últimas consultas)
AUDITORÍA DE UNA CONSULTA	Se selecciona una consulta de las historias clínicas que correspondan a la primera consulta o reevaluación completa de un determinado diagnóstico (independientemente del diagnóstico). Se Aplica la Ficha Completa excepto el ítem referente a seguimiento y control de la evolución.
II) OBSERVACIONES	
FILIACIÓN	Completo: Registro en la primera consulta de los datos correspondientes a la filiación, los cuales son en número de 16 en la ficha de Consulta externa.
	No existe: No se registran los datos.
ANAMNESIS	
FECHA Y HORA DE ATENCIÓN	Completo: Se registra fecha y hora de la atención, Incompleta Se consigna solamente fecha u hora de atención, No existe: no se registran los datos.
MOTIVO DE CONSULTA	Completo: Signos y síntomas principales y/o otros motivos de la consulta, como consulta de control o evaluación de exámenes de apoyo al diagnóstico, etc. No existe: no se registra el/los datos o no es concordante con el relato cronológico.
TIEMPO DE ENFERMEDAD	Completo: Se consigna el tiempo que refiere el paciente como inicio de la presentación de los signos y síntomas motivos de consulta. No existe: No se registra el dato.
RELATO CRONOLÓGICO	Completo: Claro, coherente, en orden cronológico, consigna características de los signos y síntomas, motivos de consulta referentes a ubicación anatómica, forma de presentación relación con factores precipitantes, indagación de otros signos y síntomas asociados que contribuyan al diagnóstico, etc. Incompleto: no se consigna en orden cronológico adecuado, no se indaga por características de los signos y síntomas ni por factores u otros signos y/o síntomas asociados que puedan contribuir al diagnóstico. No existe: no se registra el dato.
FUNCIONES BIOLÓGICAS	Completo: Se registran los datos referentes a variaciones o no en el apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, que contribuyan al diagnóstico del caso Incompleto: Se registran solo algunas variables. No existe: No se Registra ningún dato.
ANTECEDENTES	
FISIOLÓGICOS, PATOLÓGICOS, EPIDEMIOLÓGICOS Y OCUPACIONALES	Completo: Se registran todos los antecedentes pertinentes según la anamnesis que contribuyan a la orientación diagnóstica Incompleto: Se registran los antecedentes según la anamnesis de manera parcial, No existe: no se registran los datos correspondientes.
EXAMEN CLÍNICO	

Fuente: Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en salud.

FUNCIONES VITALES	Completo: Se registran los datos completos referentes a Temperatura (T°), Frecuencia respiratoria (FR), Frecuencia cardíaca (FC), Presión arterial (PA) (la P.A. en población pediátrica se consignará solo en casos que lo amerite), Incompleta: No se registran los datos completos. No existe : no se registra ningún dato
PESO , TALLA	Completo: Se registran los datos de las variables. Incompleto: Se registran de manera parcial No existe: No se registran los datos
ESTADO DE HIDRATACIÓN, ESTADO DE NUTRICIÓN, NIVEL DE CONCIENCIA , PIEL Y ANEXOS	Completo: Se registran estos datos como parte del examen físico general, los cuales contribuyan al diagnóstico. Incompleto: No se registran los datos que contribuyan al diagnóstico, No existe: No se registra ningún dato sobre el particular.
EXAMEN FÍSICO REGIONAL DIRIGIDO	Completo: Se registran las No Conformidades positivas y negativas de los aparatos y sistemas pertinentes a evaluar según la anamnesis Incompleto: Se registra de manera incompleta las No Conformidades positivas y negativas de los aparatos y sistemas pertinentes a evaluar según la anamnesis. No existe: No se registran los datos sobre el examen clínico regional.
DIAGNOSTICO	
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO	Completo Se registran todos los diagnósticos presuntivos concordantes con la anamnesis y el examen clínico, Incompleto: No se registran todos los diagnósticos presuntivos de acuerdo a la anamnesis y al examen clínico. No existe: No se registran / No concordante con la anamnesis y el examen clínico
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	Completo Se registran todos los diagnósticos definitivos concordantes con la anamnesis, el examen clínico y/o resultado de exámenes de apoyo al diagnóstico. Incompleto: No se registran todos los diagnósticos definitivos de acuerdo a la anamnesis, examen clínico y/o resultado de exámenes de apoyo al diagnóstico. No existe: No se registra / No concordante con la anamnesis, examen clínico y/o resultado de exámenes de apoyo al diagnóstico.
CIE 10	Completo: Se registra de manera correcta el Código internacional de enfermedades (CIE 10) en todos los diagnósticos presuntivos y/o definitivos Incompleto: No se registra el CIE 10 en todos los diagnósticos presuntivos y/o definitivos consignados. No existe: No se registran CIE 10.
PLAN DE TRABAJO	
EXAMENES DE PATOLOGÍA CLÍNICA (LABORATORIO)	Completo: Concordantes con el/los diagnósticos presuntivos y/o definitivos a su vez concordantes con la anamnesis y el examen clínico. Incompleta: No se solicitan todos los exámenes de patología clínica necesarios para confirmación diagnóstica como para control. En exceso: Se solicitan además de los necesarios, exámenes de patología clínica no concordantes con las presunciones diagnósticas y/o las necesidades de exámenes de control. No existe: no se solicitan exámenes de patología clínica de corresponder y/o no son concordantes con los diagnósticos presuntivos y/o las necesidades de exámenes de control.
EXAMENES DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES	Completo: Concordantes con el/los diagnósticos presuntivos y/o definitivos a su vez concordantes con la anamnesis y el examen clínico Incompleta: No se solicitan todos los exámenes de diagnósticos por imágenes necesarios para confirmación diagnóstica como para control. En exceso: se solicitan además de los necesarios exámenes de diagnóstico por imágenes no concordantes con las presunciones diagnósticas y/o las necesidades de exámenes de control, No existe: no se solicitan exámenes de diagnóstico por imágenes, de corresponder y/o no son concordantes con los diagnósticos presuntivos y/o las necesidades de exámenes de control.
INTERCONSULTAS	Completo: Concordantes con el/los diagnósticos presuntivos y/o definitivos a su vez concordantes con la anamnesis y el examen clínico. Incompleta: No se solicitan todas las interconsultas necesarias / no se solicitan oportunamente. En exceso: se solicitan además de las necesarias interconsultas que no corresponden, No existe: no se solicitan las interconsultas necesarias y/o no son concordantes con la anamnesis, exámenes clínicos y diagnósticos presuntivos y definitivos.
REFERENCIAS	Oportunas: Las referencias se realizan en el momento adecuado o conveniente, según las Guías de Práctica Clínica y normativa vigente de Referencia y Contrarreferencia. Completas: cuando las referencias cumplen totalmente la normativa vigente de Referencia y Contrarreferencia. Incompletas: cuando las referencias cumplen parcialmente la normativa. En exceso: se realizan otras no necesarias. No existen: no se solicitan referencias.
PROCEDIMIENTOS	Completo: Concordantes con el/los diagnósticos presuntivos y/o definitivos a su vez concordantes con la anamnesis y el examen clínico Incompleta: No se consigna la indicación de todos los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos necesarios / no se indican oportunamente En exceso: Se indican además de los necesarios procedimientos que no corresponden, No existe: No se indican los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos necesarios / no son concordantes con la anamnesis, examen clínico y diagnósticos presuntivos y/o definitivos.
FECHA DE PRÓXIMA CITA	Completa: Se registra la fecha de próxima cita para control y/o continuación de estudio diagnóstico de corresponder. No existe: No se registra el dato de corresponder.
TERAPEÚTICA	
TRATAMIENTO	Completo: Concordante y coherente con el/los diagnósticos establecidos y se registran todos los ítems referentes a tratamiento señalados en el formato de auditoría. Incompleto: no se registran todos los ítems señalados en el formato de Auditoría .No existe : No se registran todos los ítems señalados o el tratamiento no es concordante con el/los diagnósticos establecidos.
ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	
FORMATOS DE ATENCIÓN INTEGRAL POR ETAPA DE VIDA (APLICABLE AL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN)	Completo: la Historia Clínica contiene los Formatos de Atención Integral por Etapa de Vida correspondiente y se encuentran correctamente llenados. Incompleto: La historia clínica contiene los Formatos de Atención integral por etapa de vida pero no se encuentran correctamente llenados. No existe: la Historia Clínica no contiene los formatos de atención integral por etapas de vida.

Fuente: Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en salud.

PULCRITUD	Completo: La Historia clínica se encuentra limpia, ordenada, sin enmendaduras. No existe: No cumple con el estándar.
LEGIBILIDAD	Completo: Letra legible y clara en la historia clínica No existe: No se cumple con el estándar.
NO USO DE ABREVIATURAS	Completo: No uso de abreviaturas en la historia clínica. No existe: no se cumple con el estándar
IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE	Completo: se consigna la firma y sello del médico que prestó la atención Incompleta: se consigna solamente la firma o el sello del médico que prestó la atención. No existe: no se consignan los datos.
EVOLUCIÓN	
SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA EVOLUCIÓN (Aplicable en auditoría por diagnóstico en el cual se haya realizado más de una consulta)	Completo: Evolución de signos y síntomas. Toma adecuada de medidas terapéuticas de acuerdo a la evolución o a interurrencias del caso. Solicitud de exámenes de apoyo al diagnóstico de acuerdo a la evolución o a interurrencias del caso. Referencia y/o interconsulta de acuerdo a la evolución o a interurrencias del caso. Incompleta: se toman las medidas terapéuticas, de solicitud de apoyo diagnóstico y/o referencia de acuerdo a la evolución del caso o a interurrencias pero de manera parcial /no oportunas. No existe: no se toma ninguna medida terapéutica de solicitud de apoyo diagnóstico y/o referencia necesaria de acuerdo a la evolución o a interurrencias del caso.
CÁLCULO DE PUNTAJE	
EL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO ES IGUAL A 100.	
EN EL CASO DE EXISTIR ÍTEMS CALIFICADOS COMO "NO APLICA" SE SUMARÁN LOS PUNTAJES MÁXIMOS OTORGADOS A DICHOS ÍTEMS Y LA SUMA DE LOS MISMOS DARÁ COMO RESULTADO UNA CIFRA QUE SERÁ RESTADA DE LOS 100 PUNTOS, Y EL RESULTADO DE LA MISMA SERÁ EL NUEVO PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO A PARTIR DEL CUAL SE CALCULARÁ EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES ESTABLECIDOS PARA OBJETO DE LA AUDITORÍA Y SE OTORGARÁ LA CALIFICACIÓN CORRESPONDIENTE.	
NO CONFORMIDAD	
HECHO EVIDENCIADO QUE INCUMPLE PARCIAL O TOTALMENTE EL CRITERIO DE AUDITORÍA SELECCIONADO	
CONCLUSION	
OPINIÓN TÉCNICA DEL AUDITOR QUE RESUME LAS NO CONFORMIDADES EVIDENCIADAS	
RECOMENDACIONES	
SUGERENCIAS QUE SE FORMULAN EN EL INFORME DE AUDITORIA PARA QUE LA MÁXIMA AUTORIDAD DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DISPONGA LAS ACCIONES PARA CORREGIR LAS NO CONFORMIDADES.	
DEBEN SEÑALAR QUE Y QUIEN LO DEBE REALIZAR, Y EL PLAZO PARA REALIZARLO.	

Fuente: Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en salud.

Anexo 3 Aprobación del Comité de Ética



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Lima, 14 de noviembre del 2025.

Autor Responsable:
GREITH LEISDY PEREZ APAICO

Exp. N°: 2727-2025

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética e Integridad Científica (CIEIC) de la Universidad Privada Norbert Wiener evaluó y **APROBÓ** el siguiente proyecto de investigación:

Proyecto Titulado: **“Calidad de llenado de Historias Clínicas del servicio de medicina del Centro de Salud Laura Caller, Lima 2024”**

Versión Nro. 2, aprobada por el asesor en fecha 13/11/ 2025.

El cual tiene como Autor(es) a:
GREITH LEISDY PEREZ APAICO

La **APROBACIÓN** otorgada comprende la verificación del cumplimiento de las buenas prácticas éticas, la adecuada evaluación del balance riesgo/beneficio, la idoneidad del equipo de investigación y la garantía de confidencialidad en el manejo de los datos, entre otros aspectos éticos y metodológicos pertinentes.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

- La aprobación otorgada por el CIEIC tiene una **vigencia de veinticuatro (24) meses** contados desde la fecha de emisión del presente documento. Esta vigencia es exclusiva para los procedimientos éticos revisados por el Comité y no sustituye ni aplica a los trámites administrativos ante la Oficina de Grados y Títulos.
- La constancia de aprobación por el CIEIC **no garantiza** la **aceptación** por parte de las **instituciones** en las que se planea realizar la investigación.
- En caso de requerir una **enmienda**, entendida como una modificación menor que **no altera de manera sustantiva** el proyecto aprobado, esta deberá ser presentada al CIEIC y no podrá ejecutarse sin su aprobación previa. **Cualquier cambio sustantivo deberá tramitarse como proyecto nuevo** ante el CIEIC.

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,



Mg. Angelica Karina Minaya Galarreta
Presidente
Comité Institucional de Ética e Integridad Científica
Universidad Privada Norbert Wiener

Anexo 4 Autorización de aplicación de Instrumento



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

Independencia, 19 de Marzo del 2026

NOTA INFORMATIVA N° D000260-2026-UFDI-DIRIS.LN

A : **GLADYS VERONIKA BECERRA RICCI**
JEFA(E) DE LA OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA INTELIGENCIA
SANITARIA Y DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

De : **MARY JACQUELINE TORRES VILLARREAL**
COORDINADOR(A) DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE
DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Asunto : **BRINDAR FACILIDADES PARA LA EJECUCIÓN DEL
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DENOMINADO "CALIDAD
DE LLENADO DE HISTORIAS CLINICAS DEL SERVICIO DE
MEDICINA DEL CS LAURA CALLER, LIMA 2024"**

Referencia : **PROVEIDO N° D000425-2026-UFDI-DIRIS.LN (26FEB2026)**

Fecha : **Independencia, 26 de febrero de 2026**

Mediante el presente me dirijo a Usted para saludarle cordialmente, y en relación al documento de la referencia se informa la opinión favorable emitida por la Oficina de Gestión de la Calidad de la Dirección de Monitoreo y Gestión Sanitaria de la DIRIS Lima Norte, para la ejecución del Proyecto de investigación denominado "CALIDAD DE LLENADO DE HISTORIAS CLINICAS DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL CS LAURA CALLER, LIMA 2024", a cargo de la Investigadora Principal Greith Leidy Pérez Apaico identificada con DNI 70153425, de la Escuela Académico Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada Norbert Wiener.

En tal sentido, es necesario solicitar al establecimiento de salud involucrado en la investigación, brinden las facilidades necesarias para el desarrollo del estudio, debiendo la investigadora principal respetar las normas internas de la DIRIS Lima Norte, y, asumir los costos asociados a los materiales de bioseguridad requeridos durante el desarrollo de la investigación.

Cabe precisar, que los resultados obtenidos por el mencionado proyecto de investigación deberán ser enviados por mesa de partes de la DIRIS Lima Norte y al correo electrónico investigación.dln@dirislimanorte.gob.pe

Atentamente,

Documento firmado digitalmente
MARY JACQUELINE TORRES VILLARREAL
COORDINADOR(A) DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

(MTV/aga)

17% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)
- Trabajos entregados

Fuentes principales

- 17%  Fuentes de Internet
- 4%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 17% Fuentes de Internet
- 4% Publicaciones
- 0% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	hdl.handle.net	4%
2	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	2%
3	Internet	repositorio.upt.edu.pe	1%
4	Internet	repositorio.ucv.edu.pe	1%
5	Internet	de.slideshare.net	1%
6	Internet	repositorio.usmp.edu.pe	<1%
7	Internet	www.coursehero.com	<1%
8	Internet	humanidadesmedicas.sld.cu	<1%
9	Internet	portal.insnsb.gob.pe	<1%
10	Internet	repositorio.uandina.edu.pe	<1%
11	Internet	pt.slideshare.net	<1%